

ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLE AZIENDE ED ENTI DEL SSR DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS

1. IL QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

La L.190/2012 (Disposizioni per la prevenzione la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione) ed il D.Lgs. 33/2013 (riordino della disciplina riguardante la trasparenza nelle PPAA) hanno introdotto novità particolarmente rilevanti anche per gli OIV, ai quali è affidato un ruolo che si integra con quanto previsto dal D.Lgs.150/09 (in particolare, dall'art.14).

Come noto, il D.Lgs. 150/09 prevedeva già, con gli art.16 e 31, una non immediata applicazione dei titoli II e III della legge stessa, subordinandola ad adeguamenti normativi che ogni Regione avrebbe dovuto effettuare sulla base dei principi ivi richiamati. A conferma di ciò, si rileva che la CIVIT/ANAC si riferisce normalmente (in particolare per quanto attiene all'attestazione degli obblighi di trasparenza) agli OIV o "altro organo con funzioni equivalenti", dando per acquisito che alcune amministrazioni non siano dotate di OIV.

La Regione Emilia Romagna ha avviato il percorso di compiuto adeguamento al D.Lgs.150/09 per quanto attiene al ruolo degli OIV, con la L.R.26/2013 (art.6), con la DGR n.334/2014 e con la comunicazione prot. PG/2014/385293 del 22.10.2014, nella quale si definiscono, per i vari ambiti di intervento, i compiti dell'OIV regionale e le speculari funzioni degli OAS, ovvero gli Organismi Aziendali di Supporto costituiti in ciascuna Azienda ed ente del SSR.

Sono attribuiti in particolare all'OIV unico per il SSR i seguenti compiti e funzioni:

- a. valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali:
 - a.1. linee guida e di indirizzo, modelli attuativi e verifica del ciclo della performance;
 - a.2. linee guida e di indirizzo, modelli attuativi e verifica della correttezza metodologica dei sistemi aziendali di valutazione integrata del personale dipendente;
- b. promozione e l'attestazione della trasparenza e dell'integrità dei sistemi di programmazione, valutazione e misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati in enti e aziende del Servizio sanitario regionale e dell'ARPA:
 - b.1. valutazione dell'impatto sui sistemi incentivanti
 - b.2. misurazione e valutazione della performance dei dirigenti in relazione alla attuazione degli obblighi di trasparenza
- c. monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni nell'ambito di enti e aziende del Servizio sanitario regionale e dell'ARPA e presentazione alla Giunta regionale di una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- d. esercizio delle funzioni attribuite agli organismi di cui all'articolo 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 (Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni) da successive leggi statali:
 - d.1. parere obbligatorio sul codice di comportamento prima della adozione;
 - d.2. verifica della coerenza tra gli obiettivi previsti nel programma triennale per la trasparenza e l'integrità e quelli indicati nel piano della performance.

Agli OAS nelle aziende ed enti del SSR sono attribuiti, in funzione speculare rispetto alle competenze dell'OIV, i compiti di garantire il collegamento con l'OIV unico per il SSR, come puntualmente definiti nella comunicazione prot. PG/2014/385293 del 22.10.2014.

Pertanto la Regione Emilia-Romagna ha provveduto con legge a disciplinare la materia inerente alle competenze dell'OIV unico per gli enti ed aziende del SSR, ha definito le competenze dello stesso, con le speculari attività di supporto di competenza delle singole aziende ed enti del SSR. Se dall'applicazione del modello predisposto, dovessero emergere ulteriori aree di attività legate all'impianto normativo previsto dal D.Lgs. 150/2009, sarà premura degli enti ed aziende del SSR farsi carico degli adempimenti conseguenti, investendo, nel caso lo ritenessero opportuno e necessario, l'OIV regionale per un confronto specifico.

2. PRIME INDICAZIONI METODOLOGICHE E OPERATIVE

Dal quadro sopra esposto, appaiono coerenti le seguenti indicazioni:

- Tutti gli adempimenti previsti dalla L.190/2012 e dal D.Lgs.33/2013 sono direttamente applicabili anche alle Aziende sanitarie, senza la necessità di alcuna specificazione da parte dell'OIV e con un'automatica competenza dell'ANAC su tali materie.
- Quanto previsto dai titoli II (MISURAZIONE, VALUTAZIONE E TRASPARENZA DELLA PERFORMANCE) e III (MERITO E PREMI) del D.Lgs.150/09 è applicabile alle Aziende sanitarie solo per quanto ripreso dalle direttive regionali e/o dalle indicazioni fornite dall'OIV unico per il SSR, tenendo comunque presenti gli articoli/commi di tali titoli esplicitamente citati dagli articoli 16 e 31 del decreto stesso.

a) Con riferimento ai compiti e funzioni dell'OIV di cui al punto a), pertanto, sulla base delle specifiche indicazioni fornite dall'OIV unico per il SSR in tema di Ciclo della Performance e sistemi di valutazione integrata del personale dipendente come specificato negli allegati A e B, le Aziende e gli OAS, già a partire dall'esercizio 2015, devono attivarsi gradualmente per predisporre il Piano della Performance e la Relazione sulla performance di cui all'art.10 D.Lgs.150/09 (e delle delibere CIVIT 112/2010, 1/2012, 5/2012), avendo comunque la facoltà, per la prima annualità, di sostituire tali documenti con altri già disponibili (quale, ad esempio, il Bilancio di Missione, eventualmente adeguandone i contenuti);

b) Con riferimento ai compiti e funzioni dell'OIV previsti dal punto b) in tema di promozione e attestazione della trasparenza e dell'integrità, seguendo l'articolato del D.lgs. n. 33/2013, si definisce il ruolo specifico dell'OIV e degli OAS presso le aziende:

Art. 31, c. 1 > OAS/OIV

“Le pubbliche amministrazioni pubblicano, unitamente agli atti cui si riferiscono, i rilievi non recepiti degli organi di controllo interno, degli organi di revisione amministrativa e contabile e tutti i rilievi ancorché recepiti della Corte dei Conti, riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione o di singoli uffici”.

E' in capo al Responsabile della Trasparenza l'obbligo di monitorare e garantire il rispetto di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti; l'OAS, sistematicamente informato dal Responsabile Trasparenza in merito alla pubblicazione di tali atti, informa l'OIV.

Art. 43, c. 1 > OAS/OIV

Il Responsabile per la Trasparenza segnala all'OAS, il quale informa l'OIV, eventuali casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, oltre che all'organo di indirizzo politico, all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina.

Art. 43, c. 5 > OAS/OIV

Il comma precisa che il Responsabile per la trasparenza segnala i casi più gravi di inadempimento agli obblighi di pubblicazione all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare; segnala altresì tali inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione ed all'OIV "ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità".

Il Responsabile per la Trasparenza segnala all'OAS, il quale informa l'OIV.

Art. 44 > OAS

L'articolo, "Compiti degli organismi indipendenti di valutazione", identifica tali compiti in primo luogo nella verifica di coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, da una parte, e quelli indicati nel Piano della Performance, dall'altra; l'OIV è altresì tenuto a valutare l'adeguatezza dei relativi indicatori.

In secondo luogo, l'OIV, così come i soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, deve utilizzare le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione, in concreto e secondo parametri oggettivi, delle performance sia organizzativa, sia individuale del responsabile per la trasparenza e dei dirigenti dei singoli uffici responsabili della trasmissione dei dati.

Tale funzione è competenza dell'OAS, secondo le linee di indirizzo fornite dall'OIV. L'OIV svolge un monitoraggio complessivo della coerenza fra i Piani aziendali.

Art. 45, c. 2 > OIV/OAS

Nell'ambito dei controlli sulla trasparenza eseguiti da ANAC, è prevista la facoltà di chiedere all'OIV ulteriori informazioni sul controllo dell'esatto adempimento degli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa vigente.

Sussiste qualche dubbio sulla possibilità che ANAC interpellasse direttamente gli OAS, atteso che nel sistema regionale è costituito l'OIV.

Nel caso in cui ANAC formuli richieste all'OIV regionale, l'organismo attiverà i singoli OAS interessati.

Art. 45, c. 4 > OIV/OAS

L'ANAC, oltre a segnalare i casi più gravi di violazione degli obblighi di pubblicazione all'ufficio di disciplina dell'amministrazione interessata ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare a carico del Responsabile per la trasparenza o del dirigente tenuto alla trasmissione

delle informazioni, segnala altresì tali violazioni ai vertici politici delle amministrazioni, agli OIV e, se del caso, alla Corte dei conti, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Per gli stessi motivi indicati a commento del comma 2 dello stesso articolo, si ritiene che in Regione Emilia-Romagna la segnalazione dell'ANAC debba pervenire agli OAS per il tramite dell'OIV regionale.

Art. 46 > OAS/OIV

L'articolo "Violazione degli obblighi di trasparenza – Sanzioni", stabilisce in primo luogo che l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente o la mancata predisposizione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale ed eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione.

Aggiunge poi che gli stessi inadempimenti ed omissioni sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili.

Tale ultima disposizione può essere considerata un naturale sviluppo del disposto dell'art.44, c. 1, secondo periodo, sopra menzionato.

Ne consegue che inadempimenti ed omissioni devono essere segnalati dal soggetto od organo accertatore interno (es. ufficio di disciplina) anche all'OAS e, da questi, all'OIV.

ATTESTAZIONE sugli obblighi di pubblicazione in area "Amministrazione Trasparente" (Art. 14, comma 4, lettera g), del d.lgs. n. 150/2009 e delibere CIVIT n. 50 e 71/77/2013) > OAS/OIV

L'OIV, tenendo anche conto dei risultati e degli elementi emersi dall'attività di controllo sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione svolta dal Responsabile della Trasparenza di ciascuna Azienda, formalizza il documento di attestazione, con il supporto operativo dell'OAS.

c) Con riferimento ai compiti e funzioni dell'OIV previsti dal punto c) in tema di monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni e presentazione alla Giunta regionale di una relazione annuale sullo stato dello stesso, l'OIV concorderà con le Direzioni regionali un sistema di indicatori da monitorare, rispetto ai quali potrà acquisire informazioni direttamente dalle Aziende tramite gli OAS o rilevare i dati tramite i sistemi informativi regionali.

d) Con riferimento ai compiti e funzioni dell'OIV previsti dal punto d) in tema di:

d.1. parere obbligatorio sul codice di comportamento prima della adozione:

il parere è stato espresso dai Nuclei di Valutazione in occasione della adozione dei Codici di Comportamento aggiornati all'inizio del 2014; in occasione di eventuali ri-aggiornamenti del Codice, il parere sarà espresso dall'OIV, secondo quanto previsto dalla delibera 75 CIVIT/ANAC o da successive modifiche/integrazioni; le Aziende interessate ad effettuare modifiche ai Codici di Comportamento informano l'OIV tempestivamente, con il supporto dell'OAS, e concordano i tempi per sottoporre i documenti rispetto ai quali acquisire il parere dell'OIV.

d.2. verifica della coerenza tra gli obiettivi previsti nel programma triennale per la trasparenza e l'integrità e quelli indicati nel piano della performance:

Si richiama il c. 3 dell'art. 10 D.lgs. n. 33/2013 "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità": "Gli obiettivi indicati nel Programma triennale sono formulati in collegamento con la programmazione strategica e operativa dell'amministrazione, definita in via generale nel Piano della Performance e negli analoghi strumenti di programmazione previsti negli enti locali. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica di ogni amministrazione, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi e individuali".

Si ritiene che la redazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, con i relativi aggiornamenti annuali, debba essere sviluppata in stretta collaborazione con l'OAS, che deve infatti esercitare un'attività di impulso e di verifica per garantire che le misure di prevenzione contenute nei PTPC e gli obblighi di pubblicazione indicati nel PTTI si traducano in veri e propri obiettivi da identificare nel Piano delle Performance e in sede di contrattazione del budget, con ricadute sul piano della valutazione e dei sistemi incentivanti.

L'OIV verifica, con il supporto degli OAS, la coerenza tra i documenti elaborati da ciascuna azienda.

3. PROMEMORIA PROSSIMI ADEMPIMENTI E SCADENZE

→ 31 dicembre 2014-Attestazione sugli obblighi di pubblicazione in area "Amministrazione Trasparente" (Art. 14, comma 4, lettera g), del d.lgs. n. 150/2009 e delibere CIVIT n. 50 e 77/2013):

L'Allegato 5 della Delibera CIVIT 50/2013 "Calendario delle attività in materia di trasparenza per gli anni 2013 e 2014" prevede esplicitamente, oltre alle scadenze già trascorse di settembre e dicembre 2013 (prorogata a gennaio 2014), anche la scadenza 31 dicembre 2014 per l'Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per il 2014 a cura dell'OIV. Non appena l'ANAC definirà le modalità di attestazione e la griglia di rilevazione da utilizzare, sarà cura del Responsabile Trasparenza compilare tempestivamente i documenti da inviare all'OAS, il quale effettuerà una istruttoria di verifica e trasmetterà tutta la documentazione all'OIV, attestando la completezza e la regolarità della verifica interna svolta sul rispetto degli obblighi di pubblicazione, in tempo utile per consentire all'OIV di sottoscrivere l'attestazione di propria competenza entro la scadenza indicata dall'ANAC. Si consiglia, a tal fine, ai Responsabili della Trasparenza di effettuare un back up, ovvero archiviare un salvataggio della sezione "Amministrazione Trasparente" entro il 31 dicembre 2014.

→ 31 dicembre 2014 - Relazione del Responsabile prevenzione Corruzione

In data 12.12.2014 l'ANAC ha pubblicato sul proprio sito web la scheda standard che i Responsabili della Prevenzione della Corruzione sono tenuti a compilare per la predisposizione della Relazione prevista dall'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione (paragrafo 3.1.1., p.30) sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dai Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione.

La Relazione dovrà essere pubblicata esclusivamente sul sito istituzionale di ogni ente, entro il 31 dicembre 2014, nella sezione Amministrazione trasparente, sottosezione "Altri contenuti – Corruzione".

Si sottolinea che la scheda contenente la Relazione dovrà essere pubblicata, nello stesso formato rilasciato dall'Autorità e non scannerizzato, in modo da permettere all'Autorità l'elaborazione dei dati.

Dati e documenti relativi alla Relazione annuale del Responsabile della Prevenzione della Corruzione inviati all'Autorità via mail, per posta elettronica certificata o per posta ordinaria ovvero schede contenenti le Relazioni pubblicate in formato scannerizzato non saranno presi in considerazione dall'Autorità e si considereranno come non predisposti.

Si ricorda che la Relazione, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge n. 190 del 2012, è atto proprio del Responsabile della prevenzione della corruzione e non richiede né l'approvazione né altre forme di intervento degli organi di indirizzo dell'amministrazione di appartenenza.

Qualora all'interno dell'ente manchi temporaneamente, per qualunque motivo, il Responsabile della prevenzione della corruzione, la Relazione dovrà essere comunque predisposta e pubblicata a cura dell'organo competente all'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione che, come previsto dall'art. 1, comma 8, della legge n. 190/2012 è l'organo di indirizzo politico.

Non è previsto un ruolo specifico dell'OIV e degli OAS rispetto alla Relazione annuale del Responsabile Prevenzione Corruzione; l'OIV monitora l'avvenuta pubblicazione della Relazione ed i contenuti della stessa.

→ 31 gennaio 2015 - Aggiornamento del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e del Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità

Alcune aziende hanno adottato nel 2014 il PTPC-PTTI 2013-2016, altre con riferimento a 2014-2016 (considerata la scadenza per l'adozione 31.01.2014). Secondo quanto esplicitamente indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato l'11 settembre 2013, a pagina 32 del PNA era indicato che: *"In parallelismo con il periodo considerato dal P.N.A., in prima applicazione, i P.T.P.C. debbono coprire il periodo 2013-2016. Pertanto, il P.T.P.C. riporterà anche le iniziative e le misure intraprese per la prevenzione durante l'anno 2013. Le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, provvedono ad adottare il P.T.P.C. e a trasmetterlo al Dipartimento della funzione pubblica entro il 31 gennaio 2014. Le regioni e gli enti locali e gli enti pubblici non economici da essi vigilati adottano il P.T.P.C., ne curano la pubblicazione e la trasmissione al Dipartimento della funzione pubblica secondo quanto stabilito in sede di intesa in Conferenza unificata sancita il 24 luglio 2013. L'organo di indirizzo politico dovrà poi adottare il P.T.P.C. entro il 31 gennaio di ciascun anno (art. 1, comma 8, l. n. 190 del 2012), prendendo a riferimento il triennio successivo a scorrimento. I P.T.P.C. debbono essere trasmessi esclusivamente per via telematica, secondo istruzioni che saranno pubblicate sul sito del Dipartimento (www.funzionepubblica.it), sezione anticorruzione. Non è consentita la trasmissione di documenti cartacei"*. Tutti i Piani devono essere aggiornati entro la scadenza del 31.01.2015 con riferimento al triennio 2015-2017: ciò è automaticamente coerente col criterio dello scorrimento annuale per i Piani 2014-2016; poiché ciò potrebbe rappresentare una incongruenza per i Piani 2013-2016, si potrebbe ovviare con una sezione riferita alle attività svolte nel

2014 (in coerenza con la relazione annuale sul 2014). In tal modo tutti i Piani di tutte le aziende sarebbero allineati al triennio 2015-2017.

Si ricorda che l'ANAC ha approvato nella seduta del 9 settembre 2014 il *“Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento”*.

Il regolamento è finalizzato a dare attuazione alle norme dell’articolo 19 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in Legge n. 114 del 2014, e prevede una sanzione amministrativa da 1.000,00 a 10.000,00 Euro, a carico del soggetto obbligato che abbia omesso l’adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza ed integrità, dei codici di comportamento.

L’articolo 1 del Regolamento considera *“Omessa adozione”*:

- la mancata adozione della deliberazione dell’organo competente che approva i provvedimenti;
- l’approvazione di un provvedimento puramente ricognitivo delle norme in vigore in materia di anticorruzione, trasparenza e codice di comportamento;
- l’approvazione di un documento che riproduca in modo integrale analoghi provvedimenti adottati da altre amministrazioni, privo di misure specifiche in relazione alle esigenze dell’amministrazione interessata;
- l’approvazione di un documento privo di misure di prevenzione del rischio, nei settori più esposti, privo di misure concrete di attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui alla disciplina vigente, meramente riproduttivo del codice di comportamento nazionale, approvato con DPR 62/2013.

→ 31 gennaio 2015 - Modalità di Trasmissione dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione ad ANAC dopo l'approvazione del d.l. 90/2014

L’art. 19 c. 15 del d.l. n. 90/2014 convertito nella legge n. 114 del 2014 ha previsto, tra l’altro, che le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione, di cui all’art. 1, cc. 4, 5 e 8 della legge 6.11.2012 n. 190, sono trasferite all’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

L’ANAC comunica nel proprio sito web che, per quel che riguarda i Piani triennali di prevenzione della corruzione (PTPC), la loro trasmissione ad ANAC, ai sensi dell’art. 1 c. 8 della legge n. 190/2012, deve continuare ad essere effettuata **ESCLUSIVAMENTE** attraverso il sistema integrato *“PERLA PA”* secondo le indicazioni già fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica fino a diversa comunicazione.

Dati e documenti relativi ai PTPC e gli stessi PTPC inviati via email, per posta elettronica certificata o per posta ordinaria non saranno presi in considerazione dall’Autorità.

4. AZIONI TRANSITORIE

Per quel che riguarda tutti i processi di valutazione riguardanti l'anno 2014 gli OAS procederanno attenendosi a quanto già previsto dai documenti, dalle metodologie e dagli accordi decentrati assunti nella propria azienda od ente. Procederanno comunque ad interagire con l'OIV regionale sulla base di quanto previsto nelle linee guida per l'anno 2015 e seguenti per gli obblighi nei confronti dello stesso OIV di attestazione dell'avvenuto sviluppo corretto sotto il profilo metodologico e regolamentatorio dei processi valutativi, nonché delle risultanze di essi ai fini anche dell'erogazione della retribuzione di risultato da parte dell'azienda od ente.

Nel caso risultino ancora incompleti i processi di valutazione relativi all'anno 2013, gli OAS procederanno come previsto per l'anno 2014, secondo quanto richiamato nel precedente punto.

ALLEGATI:

Si allegano, quale parte integrante, i seguenti documenti:

- A. Linee Guida per l'applicazione del Ciclo di Gestione della Performance nelle Aziende ed Enti del SSR della Regione Emilia-Romagna;
- B. Linee Guida per lo Sviluppo del Sistema Aziendale di Valutazione integrata del Personale degli Enti ed Aziende del SSR della Regione Emilia-Romagna.

Organismo indipendente di Valutazione delle Aziende ed enti del SSR della regione emilia-romagna

Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS

ALLEGATO A

LINEE GUIDA PER L'APPLICAZIONE DEL CICLO DI GESTIONE DELLE PERFORMANCE NELLE AZIENDE ED ENTI DEL SSR DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

1. Il razionale delle linee guida

Il presente documento definisce le linee guida a cui le aziende ed enti del SSR della Regione Emilia-Romagna devono uniformarsi nell'applicare il ciclo di gestione delle performance nel proprio contesto organizzativo. Le linee guida interpretano ed accolgono gli indirizzi normativi nazionali alla luce delle specificità del contesto sanitario, con particolare riferimento alla storia ed ai percorsi di sviluppo gestionali ed alle pratiche di pianificazione e programmazione già ampiamente consolidate nelle aziende ed enti del SSR della Regione Emilia-Romagna. In questa prospettiva il paragrafo 2 richiama il quadro normativo nazionale ed il successivo paragrafo 3 definisce gli indirizzi specifici per l'interpretazione ed applicazione efficace di tali riferimenti nel sistema delle aziende e degli enti del SSR della Regione Emilia-Romagna. Il paragrafo 4 chiarisce infine il calendario delle scadenze connesse all'applicazione del ciclo di gestione delle performance. Le aziende e gli enti del SSR della Regione Emilia-Romagna, a partire dal primo gennaio 2015, devono far riferimento alle indicazioni contenute nei paragrafi 3 e 4 nell'organizzazione e gestione del proprio ciclo delle performance.

Lo sviluppo a livello aziendale del ciclo di gestione delle performance può e deve considerare le specificità della sanità, la storia e le condizioni specifiche del contesto aziendale.

Dal primo gennaio 2015 il ciclo delle performance deve essere sviluppato secondo le linee guida e seguendo le scadenze individuate nei paragrafi 3 e 4 del presente documento

2. Il quadro normativo nazionale di riferimento

Ai sensi della legge 150/2009, successive indicazioni e linee guida CIVIT, il ciclo di gestione della performance si articola nelle seguenti fasi:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi che si intendono raggiungere, dei valori attesi di risultato e dei rispettivi indicatori;
- b) collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse;
- c) monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- e) utilizzo dei sistemi premianti, secondo criteri di valorizzazione del merito;
- f) rendicontazione dei risultati agli organi di indirizzo politico-amministrativo,

Il ciclo delle performance corrisponde ad un processo di gestione per obiettivi, da quelli strategici a quelli operativi, con conseguente definizione del budget ed allocazione delle risorse

ai vertici delle amministrazioni, nonché ai competenti organi esterni, ai cittadini, ai soggetti interessati, agli utenti e ai destinatari dei servizi.

Al fine di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione della performance, le amministrazioni pubbliche, secondo quanto stabilito dall'articolo 15, comma 2, lettera d), redigono annualmente:

a) un documento programmatico triennale, denominato "Piano della Performance" da adottare in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi e definisce, con riferimento agli obiettivi finali ed intermedi ed alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori;

b) un documento denominato "Relazione sulla Performance" che evidenzia, a consuntivo, con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati ed alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti, e il bilancio di genere realizzato

I due documenti fondamentali del ciclo delle performance:

- Piano delle performance
- Relazione sulle performance

Il Piano della Performance è un documento programmatico triennale contenente gli indirizzi, gli obiettivi strategici e operativi, le risorse e i relativi indicatori per la misurazione della performance organizzativa (art.10, lettera a) D.Lgs. 150/2009).

Con l'adozione del Piano, l'Azienda si propone di consolidare un percorso di effettivo orientamento ai risultati, dotandosi di uno strumento idoneo a fornire informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività, con l'obiettivo di migliorare l'erogazione dei servizi, l'organizzazione e rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder.

Il Piano delle performance è il documento strategico di riferimento per la programmazione triennale l'azienda

Attraverso il Piano delle Performance l'Azienda definisce linee strategiche ed obiettivi nella loro articolazione complessiva, in modo da indicare quale è il grado di performance che l'Azienda intende conseguire e di evidenziare le modalità e gli strumenti attraverso i quali valutare e misurare gli eventuali scostamenti da tale valore atteso, in linea con gli obiettivi nazionali, le linee di indirizzo regionali ed il principio generale di contenimento della spesa, con il fine ultimo di rispondere in modo adeguato ai bisogni del cittadino e più in generale di tutti gli stakeholder coinvolti. Il Piano, pertanto, tende ad individuare ed esplicitare i bisogni della collettività, la missione istituzionale, le priorità politiche, le strategie e gli obiettivi, mettendo in evidenza anche il metodo ed il processo attraverso il quale sono stati individuati, in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione anche finanziario e di bilancio.

I contenuti fondamentali: missione, linee strategiche, obiettivi e target, allineati con indirizzi nazionali e regionali, rispondenti ai bisogni dei portatori di interessi. In questa prospettiva il Piano delle performance è l'equivalente di un piano strategico

Il tema della trasparenza, unitamente a quello dell'integrità e anticorruzione, a seguito dell'approvazione della Legge 190/2012 e del Decreto Legislativo n. 33/2013, rende inoltre necessario sviluppare un efficace coordinamento applicativo tra i diversi strumenti. Le recenti indicazioni operative dell'ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e trasparenza delle Amministrazioni Pubbliche), ai fini dell'avvio del Ciclo di Gestione della Performance 2014-2016, sottolineano proprio la necessità di integrazione del Ciclo di Gestione della Performance con gli

strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione. In tale ottica di integrazione e coerenza, richiamata anche nell'Allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione, l'ANAC invita le amministrazioni a prevedere nel Piano delle Performance 2014-2016 obiettivi, indicatori e target sia per la performance organizzativa sia per la performance individuale.

Collegamento tra PdP e documenti in materia di trasparenza

3. Linee guida: struttura e dinamica del Ciclo di Gestione delle Performance applicato al contesto delle aziende ed enti del SSR dell'Emilia Romagna

Alla luce del quadro normativo richiamato nel precedente paragrafo 2, in relazione all'autonomia di cui gode il settore della sanità nella sua applicazione, il Ciclo di Gestione delle Performance (CGP), per rispondere ai requisiti di supporto ai processi di pianificazione strategica pluriennale, di controllo strategico e di rendicontazione verso il sistema dei portatori di interesse, si articola nel contesto delle aziende e degli enti del SSR della Regione Emilia Romagna in:

L'applicazione del ciclo di gestione delle performance al contesto del SSR dell'Emilia-Romagna

1. Definizione di un Piano delle Performance (PdP), articolato secondo l'indice illustrato nel successivo punto 3.1, e quale risultato di sintesi dei processi di pianificazione strategica già attivati nell'azienda sanitaria. Il PdP viene aggiornato con cadenza annuale in relazione ad obiettivi definiti in sede di programmazione regionale, modifiche del contesto, interno ed esterno di riferimento, modifiche della struttura organizzativa e delle modalità di funzionamento dell'Azienda. E' quindi un documento di tipo "rolling", cioè laddove necessario può prevedere un aggiornamento e rivisitazione a scorrimento anno per anno. Per quanto attiene la parte relativa alla misurazione della performance annuale, il PdP potrà rimandare ai documenti relativi alla declinazione degli obiettivi annuali di performance organizzativa (schede di budget) e di performance individuale (schede di valutazione individuali).
2. Programmazione annuale di budget sviluppata tenendo conto delle linee guida regionali al regolamento di budget approvate con deliberazione della Giunta Regionale n. 865 del 24 giugno 2013. Il Budget viene definito con un processo "a cascata" rispetto al PdP, che ne rappresenta la sua fonte superiore, trovandosi in esso gli obiettivi strategici che devono riflettersi in una parte dei target di budget. I target di budget possono poi includere diversi ulteriori oggetti di attenzione legati ad obiettivi di natura più operativa, che non hanno quindi trovato collocazione nel PdP.
3. Attivazione di uno specifico processo di controllo strategico e rendicontazione dei risultati di performance conseguiti, consistente nella predisposizione del Bilancio di Missione in ottemperanza a quanto già previsto dalla norma regionale, accompagnato da una nota integrativa, sintetica, a cura della Direzione Aziendale. Tale nota da un lato commenta il Bilancio di Missione, e contemporaneamente sottolinea e

I tre momenti del ciclo di gestione delle performance per le aziende sanitarie e gli enti del SSR dell'Emilia-Romagna

discute il grado di raggiungimento degli obiettivi strategici previsti dal PdP e dei target di budget, nonché le ragioni per il mancato o parziale conseguimento. Bilancio di Missione e Nota Integrativa corrispondono e vanno assieme a comporre la “relazione sulla performance” prevista dalla norma.

In questa prospettiva, sulla base del quadro normativo di riferimento, ma altresì tenendo conto delle specificità del settore sanitario, il Piano delle Performance (di seguito PdP) deve essere sviluppato tenendo conto di due principi di fondo:

1. La valorizzazione delle attività di pianificazione e programmazione pluriennali già obbligatorie o autonomamente sviluppate e consolidate nelle aziende sanitarie, inclusi anche eventuali documenti di programmazione economico-finanziaria e di bilancio, onde evitare duplicazioni di attività e proliferazione di documenti non necessarie e fonte di possibilità ambiguità. In questa prospettiva il PdP deve svilupparsi in coerenza con eventuali piani strategici aziendali, piani attuativi locali o simili documenti di pianificazione pluriennale, nonché in coerenza con le informazioni già contenute nell'atto aziendale, incorporando tali documenti o prevedendo specifici rimandi;
2. Il PdP non deve ridursi ad un mero esercizio formale, ma può e deve diventare uno strumento a supporto della guida dell'azienda, sia nei confronti di:
 - a) un suo uso interno per orientare l'attività direzionale di tutto il gruppo dirigente (e del resto dell'azienda) ricostruendone “l'ambizione collettiva” e le responsabilità nel perseguire le fondamentali priorità strategiche individuate nel dialogo con la direzione aziendale;
 - b) un suo uso esterno per la rappresentazione ai diversi portatori di interesse delle suddette priorità strategiche, e la conseguente assunzione di responsabilità esecutiva e di rendicontazione nei loro confronti (*accountability*).

I principi di fondo del processo di adattamento ed applicazione del ciclo di gestione delle performance nel SSR dell'Emilia Romagna

Di conseguenza, la struttura del PdP si dovrebbe sviluppare secondo il seguente indice, che trae ispirazione dal dettato normativo e si articola per tenere conto dei principi sopra richiamati.

L'indice dei PdP ne definisce i contenuti integrandosi con i documenti e processi di pianificazione strategica e programmazione annuale già attivi e consolidati in azienda

Indice del PdP

EXECUTIVE SUMMARY: sintesi dei contenuti del PdP, con particolare attenzione agli obiettivi strategici aziendali.

1. PREMESSA: senso del PDP quale strumento di pianificazione strategica aziendale e di dialogo con l'ambiente in cui operano l'azienda ed i suoi portatori di interesse.

2. IDENTITA' DELL'AZIENDA SANITARIA: questa parte del PDP può attingere dall'atto aziendale o rimandare ad esso ove necessario.

2.1 **CHI SIAMO (CARATTERISTICHE ORGANIZZATIVE AZIENDALI) E COSA FACCIAMO (MISSION E VISION AZIENDALE):** attingere o rimandare all'atto aziendale e/o eventuali documenti di pianificazione strategica.

2.2 **IL CONTESTO NEL QUALE SI OPERA:** fotografia per sintesi dell'ambiente in cui opera l'azienda, attingendo o rimandando a documenti di pianificazione strategica già sviluppati in merito. Le informazioni di base presenti devono riguardare per sintesi l'analisi della popolazione servita (contesto socio-demografico), l'analisi della domanda di prestazioni (contesto dei "bisogni" di salute), l'analisi delle priorità istituzionali in capo all'azienda definite dal quadro di relazione con la Regione (contesto istituzionale), l'analisi del sistema di offerta in cui opera l'azienda (presenza altre aziende sanitarie pubbliche, privato accreditato e non, relazioni con terzo settore, relazioni con servizi sociali ecc.).

2.3 **IL PERSONALE:** fotografia del personale, attingendo o rimandando a documenti di pianificazione strategica già sviluppati. Le informazioni di base presenti devono riguardare la composizione del personale per ruolo, per strutturati verso altre forme di collaborazione, per fasce di età e genere, nonché i principali tassi di monitoraggio dell'andamento delle dinamiche sensibili, quali l'assenteismo, le inidoneità, turn-over generato da richieste di trasferimento od altre forme diverse dalla naturale uscita per pensionamento. L'obiettivo di questa parte del PdP è fotografare la complessità e la ricchezza del personale operante nell'aziendale sanitaria (il suo "capitale" principale) nonché monitorare ed individuare le principali sfide gestionali presenti ed emergenti.

2.4 **I DATI ECONOMICI:** rappresentazione per sintesi del conto economico aziendale degli ultimi tre anni precedenti al triennio di vigenza del PdP, nonché del piano degli investimenti già in corso o previsto nel triennio di vigenza.

2.5 **COME OPERIAMO:** attingere o rimandare all'atto aziendale per descrivere l'organizzazione e struttura di responsabilità dell'azienda.

3. GLI IMPEGNI STRATEGICI, GLI OBIETTIVI AZIENDALI E LE DIMENSIONI DELLA PERFORMANCE: in questo paragrafo del PDP vengono descritte in sintesi le principali priorità strategiche aziendali, attingendo o rimandando agli eventuali documenti di pianificazione strategica già presenti. Tali obiettivi sono rappresentati secondo uno schema per dimensioni di performance.

Le dimensioni da considerare, articolate in aree di performance, sono le seguenti:

- Dimensione di performance della produzione, a sua volta articolata in area dell'efficienza dei processi ed area della produttività delle risorse;
- Dimensione di performance della qualità, a sua volta articolata in area della centralità del paziente ed area della qualità organizzativa (sicurezza);
- Dimensione di performance della sostenibilità, a sua volta articolata in area dell'autonomia economico-finanziaria ed area degli investimenti;
- Dimensione di performance dello sviluppo organizzativo, a sua volta articolata in area del capitale intellettuale ed area del capitale organizzativo (qualità dei sistemi gestionali);
- Dimensione di performance dell'innovazione, a sua volta articolata in area dell'innovazione di processo e prodotto ed area delle partnership (sistema-industria, pubblico-privato, interistituzionale ecc.);
- Dimensione di performance della ricerca, a sua volta articolata in area della produzione scientifica ed area delle sinergie azienda-ambiente (trial, partnership azienda-industria, fundraising ecc.);
- Dimensione di performance dell'insegnamento (teaching), a sua volta articolata in area della qualità

dei processi ed area della competitività (dimensione ed articolazione offerta, provenienza studenti, numero domande ecc.).

4. LA MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE: il tema viene affrontato nell'Allegato B "Linee Guida per lo Sviluppo del Sistema Aziendale di Valutazione integrata del Personale degli Enti ed Aziende del SSR della Regione Emilia-Romagna". I contenuti di questa sezione del PdP devono essere sviluppati attingendo a quanto già previsto nei documenti aziendali rivisti alla luce delle indicazioni contenute nell'Allegato B.

5. COLLEGAMENTO CON TRASPARENZA E INTEGRITA': in applicazione dell'art. 10 del D.LGS. 33/2013, si rinvia al Piano Triennale Prevenzione Corruzione e al Piano Triennale Trasparenza ed Integrità.

6. GLI INDICATORI DI RISULTATO: per ogni dimensione di performance ed area devono essere individuati alcuni obiettivi strategici a cui si collegano indicatori "dominanti", quelli ritenuti più importanti, con ulteriore rimando al "master budget" aziendale annuale che riassume le schede di budget negoziate anno per anno. Gli indicatori devono essere non meno di due e non più di cinque per ogni dimensione di performance, e deve essere individuata almeno una dimensione per area di performance. Le schede di budget oltre agli obiettivi di performance organizzativa possono includere od essere affiancate da ulteriori documenti relativi ad eventuali obiettivi di performance individuale, in accordo con il sistema di budget sviluppato nell'azienda od ente. In sede di prima applicazione delle presenti linee guida le aziende e gli enti del SSR della Regione Emilia-Romagna sono autonome nell'individuare gli indicatori dominanti, utilizzando ove ritenuto opportuno gli indicatori proposti nelle presenti linee guida od altri diversi considerati più appropriati in relazione alle priorità strategiche, contingenze operative e caratteristiche e peculiarità organizzative e funzionali dell'azienda.

7. ALLEGATI: inserire qui ulteriori ed eventuali allegati tecnici e di approfondimento.

**Il calendario annuale
degli adempimenti
connessi al ciclo di
gestione delle
performance**

4. Scadenze

- Il PdP deve essere licenziato e trasmesso all'OIV regionale entro il 1 marzo di ogni anno. Se per effetto dei cambiamenti organizzativi ed ambientali si è reso necessario un adeguamento del PdP durante la vigenza triennale, entro il 1° marzo di ogni anno va inviata all'OIV regionale del SSR la versione rivista del documento. In alternativa va inviata una nota che segnali che non si sono rese necessarie revisioni ed il nuovo PdP sarà definito all'inizio del triennio successivo a quello del PdP vigente;
- Entro il 1° aprile di ogni anno l'azienda deve dare evidenza della diffusione e conoscenza del PdP all'interno dell'azienda, inviando all'OIV regionale una nota che illustri come internamente all'azienda il PdP sia stato presentato, messo a disposizione, e sintetizzato nei suoi elementi fondamentali. Il PdP deve essere presentato e discusso al gruppo dirigente allargato ed a tutti i dipendenti. E' il piano strategico di tutti, e deve poter evolvere e diventare un'ambizione collettiva di tutti i dipendenti aziendali. Il PdP dovrà altresì essere pubblicato sul sito istituzionale dell'azienda, nella sezione "Amministrazione Trasparente"

| | |
|-----------------|--|
| 1° marzo | Piano delle Performance (PdP) e sue successive revisioni |
| 1° aprile | Evidenza del processo di diffusione del PdP |
| 31 marzo | Master budget |
| 30 giugno | Bilancio di Missione e Nota Integrativa |
| 1° settembre | Revisioni di metà anno del del Master Budget |
| Entro settembre | Inoltro Master Budget revisionato |

- Il “master budget”, cioè un documento che raggruppa tutte le schede di budget con gli obiettivi di performance organizzativa assegnati alle strutture aziendali secondo quanto previsto dal regolamento di budget approvate con deliberazione della Giunta Regionale n. 865 del 24 giugno 2013, deve essere licenziato e trasmesso all'OIV regionale entro il 31 marzo di ogni anno. Eventuali revisioni intermedie degli obiettivi di performance devono avvenire entro il 1° settembre di ogni anno ed entro il mese di settembre deve avvenire la trasmissione all'OIV regionale del master budget rivisto o delle sue parti modificate;
- Il Bilancio di missione e la Nota Integrativa, quale relazione di accompagnamento ad esso nonché sintesi del grado di raggiungimento degli obiettivi e target definiti con il processo di budget dell'anno precedente, devono essere trasmessi all'OIV entro il 30 giugno di ogni anno.

Le modalità operative con cui i suddetti documenti dovranno essere trasmessi all'OIV regionale saranno indicate in un successivo provvedimento.

Organismo indipendente di Valutazione delle Aziende ed enti del SSR della regione emilia-romagna
Prime indicazioni metodologiche ed operative alle Aziende e agli OAS

ALLEGATO B

LINEE GUIDA PER LO SVILUPPO DEL SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE INTEGRATA DEL PERSONALE DEGLI ENTI ED AZIENDE DEL SSR DELLA REGIONE EMILIA-ROMAGNA

1. PREMESSA

Il presente documento intende indicare un primo quadro di riferimento per costruire un modello di funzionamento di un Sistema aziendale di valutazione integrata che possa essere uno strumento di supporto per tutti coloro che, a vario titolo, sono coinvolti nei processi aziendali di valutazione nello spirito di miglioramento del SSR e di orientamento, valorizzazione e sviluppo di tutti gli operatori che vi lavorano.

Si indicano qui di seguito i principali punti caratterizzanti un sistema di valutazione descrivendone i significati, le premesse normative, le finalità, i principi di riferimento, gli strumenti che lo compongono, gli attori coinvolti, le modalità di attuazione operativa, le diverse tipologie.

2. SIGNIFICATO DELLA VALUTAZIONE

La valutazione è una caratteristica essenziale ed ordinaria del rapporto di lavoro, rappresenta il rispetto delle disposizioni normative, contrattuali e aziendali a seconda delle tipologie di valutazione.

La valutazione del dipendente è un processo di comunicazione e di valorizzazione del personale che, in alcuni casi, ha anche un diretto collegamento con la progressione professionale o con il riconoscimento di un premio (retribuzione di risultato annuale). Essa è finalizzata a mettere in evidenza le capacità e le potenzialità, al fine di utilizzare al meglio le competenze del personale e di consentire percorsi di sviluppo sia in senso verticale che orizzontale. In quanto processo, la valutazione si compone di varie fasi che costituiscono il rapporto tra valutato e valutatore. Le schede di valutazione sono solo lo strumento attraverso cui si dà espressione formale di un "rapporto" di valutazione che viene svolto durante tutto l'anno e che vede due attori principali: il valutato e il valutatore.

3. RIFERIMENTI NORMATIVI

- D.L. n. 90/2014
- Dgr RER n. 34/2014
- Dgr. RER n. 636/2013
- Legge RER n. 26/2013
- D.Lgs. n. 190/2012

- D.Lgs. n. 158/2012
- D.Lgs. n. 141/2011
- D.Lgs. n. 150/2009
- Legge RER n. 29/2004
- Legge RER n. 43/2001
- D.Lgs. n. 165/2001
- D.Lgs. 229/1999
- D.Lgs. n. 286/1999 e s.m.i
- D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i,
- CCNL Area della Dirigenza Medica e Veterinaria e SAPT
- CCNL Area Comparto

4. SCOPO DELLA VALUTAZIONE

L'obiettivo primario dei processi valutativi è quello di migliorare complessivamente i risultati organizzativi e la qualità dei servizi prodotti, in un'ottica di responsabilizzazione del personale verso il pieno soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e dei clienti esterni o interni; il sistema di valutazione quindi:

- Serve per orientare i comportamenti organizzativi verso le finalità aziendali e rendere esplicito il sistema delle responsabilità.
- Rappresenta la base dalla quale costruire piani e percorsi per sviluppare le competenze dei singoli dipendenti.
- Supporta i processi decisionali che riguardano la gestione delle persone (assegnazione e rinnovo di incarichi dirigenziali, posizioni organizzative, assunzioni, ...) producendo informazioni utili che vengono raccolte nel dossier curriculare personale di ogni operatore.
- Fornisce a tutti i "gestori di collaboratori" occasioni e strumenti efficaci per il governo delle risorse umane affidate.
- Costituisce una delle attività manageriali critiche di successo attraverso le quali chi ha responsabilità di gestione di persone può svolgere la sua funzione di guida.

5. PRINCIPI DEL SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE

Un Sistema aziendale di valutazione del personale deve essere conforme ai seguenti principi generali:

- trasparenza dei processi e dei criteri usati e delle valutazioni effettuate;
- oggettività delle metodologie e degli strumenti utilizzati;
- esplicitazione delle motivazioni che sono alla base delle valutazioni effettuate;
- informazioni preparatorie alla valutazione adeguate e partecipazione del valutato anche attraverso l'autovalutazione;
- diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore;
- espressione della valutazione finale secondo modalità che ne rendano il contenuto facilmente comprensibile, semplice e trasparente;
- periodicità annuale e continuità dei suoi processi attuativi;

6. COMPONENTI DEL SISTEMA AZIENDALE DI VALUTAZIONE

Un Sistema aziendale di valutazione integrata del personale si articola in un insieme coerente e sincronizzato di vari strumenti che lo compongono fra cui non possono mancare i seguenti:

1. Guida alla valutazione aziendale del personale

Un documento che descrive in modo semplice e trasparente scopi, processi, metodologie, strumenti, tempi, attori, conseguenze di tutte le varie tipologie di valutazione aziendale componendole in un unico quadro organico.

2. Schede di valutazione

Moduli standard di analisi e sintesi della valutazione effettuata opportunamente graduati che, una volta compilati, vengono firmati da valutato e valutatore con spazi liberi per i loro commenti; sono di diversa tipologia a seconda della tipologia di valutazione e di valutato.

3. Dossier curriculari individuali

Contenitori intestati ad ogni dipendente conservati (in formato digitale) presso la Direzione Risorse Umane aziendale che comprendono:

- *Job description della/e posizione/i ricoperta/e dalla persona nel tempo,*
- *Mandato/contratto individuale redatto al momento dell'assegnazione dell'incarico*
- *Curriculum vitae aggiornato annualmente a cura dal dipendente*
- *Esiti delle valutazioni:*
 - *valutazione performance (raggiungimento obiettivi annuali) individuali e di team*
 - *valutazione competenze individuali*
 - *valutazioni triennali rinnovo incarico professionale, manageriale, di posizione organizzativa*
- *Informazioni multi source come per esempio:*
 - *Reclami/encomi*
 - *Procedimenti disciplinari*
 - *Malpractice/litigations*
 - *Esiti indagini clima organizzativo struttura affidata (titolari di incarico)*
 - *Esiti indagini di customer satisfaction struttura in cui si lavora*

L'elenco può essere integrato a seconda delle necessità aziendali. Il dossier individuale è necessario per i dipendenti cui sono assegnati ruoli di primaria responsabilità (titolari di incarico gestionale o posizione organizzativa, sia dirigenza che comparto, e dirigenti titolari di incarico professionale), ma dovrebbe essere adottato (eventualmente anche in una versione semplificata) per l'intero personale aziendale.

4. Albo valutatori

Un dossier in cui sono riportati tutti i nomi delle persone chiamate a valutare, i nomi dei rispettivi valutati, le date e la descrizione della formazione a cui hanno partecipato e quelle dei seguenti follow up o monitoraggi.

5. Cruscotto monitoraggio processi di valutazione

Uno strumento informatico sintetico che consenta alla Direzione Risorse Umane aziendale ed alla Direzione Generale di poter monitorare in tempo reale l'andamento dello svolgimento delle varie tipologie di valutazione ed i risultati dei processi di valutazione aziendali.

7. CHI VALUTA

La valutazione del personale è effettuata in prima istanza dal soggetto cui è assegnata la responsabilità diretta delle risorse umane da valutare.

Un elemento importante, al fine di dare concretezza al processo valutativo, è infatti la conoscenza diretta del valutato e delle sue attività lavorative da parte del valutatore.

La valutazione in questo modo non si sostanzia solo nella compilazione delle schede di valutazione, ma è un processo di relazione continua tra valutato e valutatore.

Il sistema di valutazione deve, quindi, anche individuare la catena gerarchica precisa lungo a quale si snoda il processo valutativo aziendale.

Essendo poi la valutazione strettamente connessa con l'assegnazione degli obiettivi di risultato e di crescita professionale, il soggetto valutatore deve essere anche il soggetto che ha assegnato inizialmente tali obiettivi.

A titolo esemplificativo una possibile "catena gerarchica" del processo valutativo, potrebbe essere la seguente:

1. Il direttore generale valuta il direttore sanitario e amministrativo
2. Il direttore generale, sanitario e amministrativo valutano i direttori di dipartimento e di distretto
3. I direttori di dipartimento e di distretto valutano i direttori/ responsabili/coordinatori di struttura complessa e semplice
4. I direttori/responsabili/coordinatori di struttura, valutano i propri collaboratori di diretta afferenza
5. I titolari di coordinamento e di posizione organizzativa valutano i propri collaboratori di diretta afferenza.

8. PROCESSO DI VALUTAZIONE

Ogni valutazione è preceduta da una autovalutazione al fine di responsabilizzare il valutato sulla valutazione e ridurre la carica emozionale propria del momento valutativo. Al momento del colloquio di valutazione viene discussa tra valutato e valutatore anche l'autovalutazione effettuata.

Il colloquio di valutazione ha un ruolo centrale nel processo di valutazione. Ai valutatori, quindi, è richiesto di:

- conoscere a fondo i concreti comportamenti professionali, relazionali, organizzativi dei propri collaboratori;
- differenziare le valutazioni a seconda dei temi, dei contenuti e delle persone;
- non utilizzare solamente valutazioni positive;
- saper offrire efficacemente feedback costruttivi superando la naturale tensione emotiva propria dei momenti valutativi;
- identificare piani di miglioramento e sviluppo individuali e monitorarne l'implementazione.

Perché ciò sia possibile i valutatori devono essere supportati da apposite azioni della Direzione Risorse Umane.

Di fronte a eventuali contenziosi la valutazione di seconda istanza ha il diritto di intervenire e modificare la valutazione di prima istanza.

E' tuttavia importante sottolineare che tale intervento non risolve il problema organizzativo che è alla base di una valutazione non condivisa: esso deve essere risolto altrimenti attraverso un'azione organizzativa interna ad hoc. Prima di avviare quindi la valutazione di seconda istanza può essere opportunamente svolta un'attività di approfondimento, chiarificazione e conciliazione aziendale.

9. TIPOLOGIE DI VALUTAZIONE

I processi di valutazione previsti dal Sistema aziendale di valutazione integrata sono quattro:

1. Valutazione annuale dei risultati raggiunti (performance individuale o di team)
2. Valutazione annuale delle competenze possedute
3. Valutazione pluriennale delle attività gestionali e/o degli incarichi professionali e/o delle posizioni organizzative
4. Valutazione dei nuovi inserimenti. Il Sistema aziendale di valutazione integra quindi due grandi "aree" su cui rivolgere l'analisi della valutazione: l'area del "cosa" si è fatto e l'area del "come" lo si è fatto.

La valutazione dei risultati fa riferimento alla prima area e gli oggetti di possibile valutazione appartengono alle categorie:

- rendimento, performance
- obiettivi raggiunti, prestazioni eseguite
- impegno profuso, contributi forniti.

La valutazione delle competenze fa invece riferimento alla seconda area e gli oggetti di possibile valutazione appartengono alle categorie:

- comportamenti organizzativi
- attitudini professionali
- competenze tecnico-professionali, manageriali, relazionali.

Le valutazioni pluriennali delle attività gestionali, professionali, organizzative e quelle per i nuovi inserimenti fanno riferimento a tutte e due le aree indicate. Per ognuno dei processi di valutazione soprariportati viene descritto sinteticamente nello schema che segue: l'oggetto della valutazione, gli effetti organizzativi della valutazione, il periodo di valutazione, gli strumenti utilizzati.

10. SCHEMA RIASSUNTIVO DELLE TIPOLOGIE DI VALUTAZIONE

| | Tipo valutazione | Oggetto della valutazione | conseguenze | tempi | scheda |
|---|---|---|--|--------------|--|
| 1 | Risultati performance) | raggiungimento degli obiettivi di gruppo e/o individuali (collegati agli obiettivi aziendali) | Distribuzione incentivi da reddito di risultato, inserimento nel dossier personale | 1 anno | Scheda obiettivi uguale per tutti |
| 2 | Competenze | competenze trasversali, tecnico-professionali e (per i responsabili) manageriali | piano di miglioramento e sviluppo personale, inserimento nel dossier personale | 1 anno | Scheda competenze diversa per responsabili, professional e comparto |
| 3 | Attività gestionali, incarichi professionali, posizioni organizzative | competenze professionali specifiche e/o manageriali, risultati professionali ottenuti, valutazioni annuali ricevute | rinnovo dell'incarico professionale, gestionale, PO | 3-5 anni | Scheda globale che tiene conto anche delle valutazioni annuali dei risultati e delle competenze |
| 4 | Nuovi Inserimenti | adeguatezza rispetto a risultati, competenze, comportamenti richiesti dal ruolo assegnato | assunzione a tempo (in-) determinato | 3-6 mesi | Scheda differente per dirigenti e comparto che tiene conto delle diverse schede competenze e di quanto richiesto dal Sistema Qualità |

